

Proyecto de Investigación

PERCEPCIÓN DE LA SALUD DE MENORES EXTRANJEROS NO ACOMPAÑADOS

Health Perception of Unaccompanied Foreign
Minors

Trabajo Fin de Grado



GRADO EN ENFERMERÍA
Promoción 2016-2020

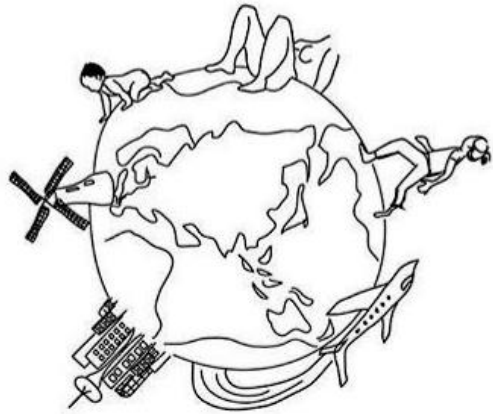
Curso Académico: 2019/2020

Autora: Hajar El Bazi Salah

Tutora: Cristina Oter Quintana

“Perhaps we are all immigrants
trading one home for another
first we leave the womb for air
then the suburbs for the filthy city
in search of a better life
some of us just happen to leave entire countries.”

- Rupri Kaur, *The Sun and Her Flowers*.



ÍNDICE

Resumen	1
Abstract	2
1. Introducción.....	4
1.1. ¿Quiénes son los Menores Extranjeros No Acompañados?	4
1.2. Características sociodemográficas de los Menores Extranjeros No Acompañados	5
1.3. Atención a los Menores Extranjeros No Acompañados: derecho a la protección.....	7
1.4. El derecho a la atención a la salud de los Menores Extranjeros No Acompañados. El acceso a la atención sanitaria	8
1.5. El acceso a la atención a la salud	8
1.6. La noción de salud. Percepción de la salud.....	10
1.7. La percepción de la salud y el acceso a la atención sanitaria de los Menores Extranjeros No Acompañados	12
2. Objetivos de la investigación.....	15
2.1. Objetivo general	15
2.2. Objetivos específicos.....	15
3. Material y métodos.....	15
3.1. Diseño del estudio	15
3.2. Ámbito de estudio	15
3.3. Población y captación de la muestra	16
3.4. Desarrollo del estudio: Herramientas de recogida de información	17
3.5. Plan de análisis de datos y redacción de resultados	19
3.6. Consideraciones éticas	21
3.7. Equipo de investigación y trabajo de campo.....	23
3.8. Presupuesto económico	24
3.9. Temporalización de las actividades.....	25
4. Reflexiones finales.....	26
4.1. Limitaciones del estudio.....	26
4.2. Propuestas de nuevas líneas de investigación	27
4.3. Implicaciones para la práctica.	27
4.4. Criterios de calidad de la investigación.....	27
Agradecimientos	29
Bibliografía.....	30

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Número de Menores Extranjeros No Acompañados en España, junio 2019. Fuente: Quiroga V, Alonso A, Sòria M. Sueños de bolsillo: menores migrantes no acompañados en España. Madrid: UNICEF España, 2010. Elaboración propia	6
Figura 2. Principales nacionalidades de los Menores Extranjeros No Acompañados en España, junio 2019. Fuente: Menores extranjeros. Ministerio del Interior, Gobierno de España, 31 jun 2019. Elaboración propia	6
Figura 3. Casillero Tipográfico: Perfil de los menores participantes. Elaboración propia	17

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Accesibilidad: Barreras condicionantes de atención a la salud. Fuente: Lalonde M. A new Perspective on the Health of Canadians: A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974. Elaboración propia	9
Tabla 2. Guion de la entrevista. Elaboración propia	19
Tabla 3. Toma de decisiones del menor. Fuente: Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Boletín Oficial del Estado, número 180, (29 de julio de 2015). Elaboración propia.....	22
Tabla 4. Presupuesto económico. Elaboración propia	25
Tabla 5. Cronograma de actividades. Elaboración propia.....	26

Resumen

Introducción: En los últimos años ha habido un incremento de la migración de Menores Extranjeros No Acompañados a España. Investigaciones previas apuntan a que un importante porcentaje de estos menores presentan problemas de salud física y mental. La percepción de salud hace referencia a la dimensión subjetiva de la salud. Afecta a las conductas que se ponen en marcha para atender la salud. No existen estudios en el contexto español que hayan explorado la percepción de la salud de estos menores ni tampoco cómo se produce su acceso a la atención sanitaria. **Objetivos:** Identificar la percepción de la salud y la accesibilidad a la atención sanitaria de los Menores Extranjeros No Acompañados que residen en los centros de acogida del Municipio de Madrid. **Material y métodos:** Estudio cualitativo fenomenológico interpretativo. La población del estudio son Menores Extranjeros No Acompañados que residen en centros de menores del municipio de Madrid. Se llevará a cabo un muestreo por conveniencia, avanzando posteriormente hacia un muestreo teórico. La recogida de datos se realizará mediante entrevista semiestructurada. Los datos serán analizados mediante el Análisis Fenomenológico Interpretativo. **Conclusiones:** Los resultados obtenidos de la elaboración de este estudio servirán para diseñar, si es preciso, acciones destinadas a superar las barreras de acceso a la salud de los Menores Extranjeros No Acompañados.

Palabras clave: *investigación cualitativa, menor no acompañado, menores, migrantes, percepción, salud, estado de salud, barreras de acceso a los servicios de salud, España.*

Abstract

Introduction: In recent years there has been an increase in the migration of Unaccompanied Foreign Minors to Spain. Previous research indicates that a significant percentage of these minors have physical and mental health problems. Health perception refers to the subjective dimension of health. It influences the behaviours that are put in place to attend to health. There are no studies in the Spanish context that have explored the health perception of these minors or how their healthcare access occurs. **Objectives:** Identify the health perception and the accessibility to healthcare of the Unaccompanied Foreign Minors residing in the minor care centres of the Municipality of Madrid. **Material and methods:** Interpretative phenomenological qualitative research. The study population corresponds to Unaccompanied Foreign Minors residing in minor care centres of the Municipality of Madrid. Convenience sampling will be developed moving towards a theoretical sampling. Data collection will be carried out through a semi-structured interview. The obtained data will be analyzed through the Interpretative Phenomenological Analysis. **Conclusions:** The results obtained in the development of this study will serve to design, if necessary, actions aimed at overcoming the barriers to access to health for Unaccompanied Foreign Minors.

Key words: *qualitative research, unaccompanied minor, minors, transients and migrants, perception, health, health status, barriers to access to health services, Spain.*

1. Introducción.

En los últimos años la llegada a distintos países de la Unión Europea de Menores Extranjeros No Acompañados ha supuesto un fenómeno migratorio importante, siendo considerados actualmente y desde el punto de vista sociosanitario uno de los grupos de población más vulnerables.

1.1. ¿Quiénes son los Menores Extranjeros No Acompañados?

La Resolución del Consejo de 26 de junio de 1997 de la Unión Europea relativa a los Menores No Acompañados nacionales de países terceros, considera que los Menores Extranjeros No Acompañados son *«los menores de 18 años nacionales de países terceros que lleguen al territorio de los Estados miembros sin ir acompañados de un adulto responsable de los mismos, ya sea legalmente o con arreglo a los usos y costumbres, en tanto en cuanto no estén efectivamente bajo el cuidado de un adulto responsable de ellos ...[y]... los menores nacionales de países terceros que, después de haber entrado en el territorio de los Estados miembros, sean dejados solos¹»*.

La legislación española adopta la definición europea, aunque con ligeras diferencias. Así emplea el término “extranjeros” en lugar de “nacionales de países terceros” y añade el “riesgo de desprotección” de este colectivo. De esta manera y de acuerdo con el artículo 189 del Reglamento de Extranjería se entiende por Menor Extranjero No Acompañado, *«el extranjero menor de dieciocho años que sea nacional de un Estado al que no le sea de aplicación el régimen de la Unión Europea que llegue a territorio español sin un adulto responsable de él, ya sea legalmente o con arreglo a la costumbre, apreciándose riesgo de desprotección del menor, así como a cualquier menor extranjero que una vez en España se encuentre en aquella situación²»*. Tres aspectos particulares y relevantes de estos menores son: 1. su condición de menor de edad; 2. de extranjero en situación irregular y 3. la ausencia de un adulto responsable que se haga cargo de su cuidado. En virtud de estas condiciones, se les debe considerar como sujetos de determinados derechos y personas especialmente vulnerables que necesitan ser protegidas y acogidas.

Una vez que estos menores entran en territorio nacional y se encuentran en situación de desamparo, su tutela y protección corresponde a la Entidad Pública que esté encomendada la protección de menores en el respectivo territorio, y siempre poniéndolo en conocimiento del Ministerio Fiscal. Además, se incorpora al Registro de Menores

Extranjeros No Acompañados (RMENA)³. En el caso de la Comunidad Autónoma de Madrid, dicha tutela corresponde a la Comisión de Tutela del Menor, coordinada por la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad⁴.

1.2. Características sociodemográficas de los Menores Extranjeros No Acompañados.

Según datos del Ministerio del Interior⁵, el número de Menores Extranjeros No Acompañados se ha visto incrementado en España a lo largo de las últimas dos décadas. En la franja de años comprendida entre el 2.012 al 2.017, el número total de menores rondaba los 7.600. Sin embargo, en 2.018 aparece un pico máximo de 15.727 niños, habiendo sido contabilizados hasta junio del 2.019 un total de 14.873 *[ver Figura 1]*⁵. No obstante cabe mencionar que dado el alto índice de movilidad geográfica de estos menores por el territorio nacional, es posible que un mismo menor pueda ser registrado en diferentes regiones, afectando ésto a la exactitud de los datos.

De acuerdo con el Informe “Sueños de Bolsillo”, elaborado por el grupo de Investigación IFAM los principales países de origen de estos jóvenes que llegan a España, son: Marruecos (70%), Guinea (8%), Argelia (5%), Mali (4.7%) y Resto de África (12%), mientras que un 1% procede de países de Europa del Este o de Oriente Medio⁶ *[ver Figura 2]*.

Respecto a sus características sociodemográficas, no constituyen un grupo uniforme. Se trata de una población heterogénea donde la mayoría son varones y tan sólo un 7% son niñas. Suelen encontrarse en la franja de entre los 12 y 18 años, siendo la edad media de unos 15 años aproximadamente⁶.

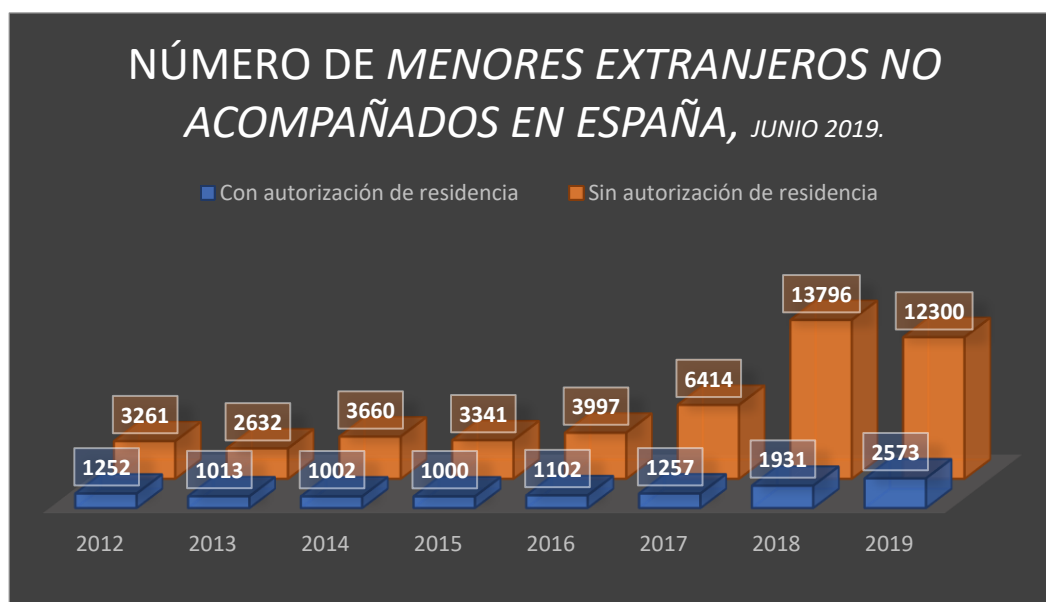


Figura 1. Número de Menores Extranjeros No Acompañados en España, junio 2019. Fuente: Quiroga V., Alonso A., Sòria M. Sueños de bolsillo: menores migrantes no acompañados en España. Madrid: UNICEF España, 2010. Elaboración propia.



Figura 2. Principales nacionalidades de los Menores Extranjeros No Acompañados en España, junio 2019. Fuente: Menores extranjeros. Ministerio del Interior, Gobierno de España, 31 jun 2019. Elaboración propia.

La mayoría de ellos posee un bajo nivel de cualificación ya que, si bien han estado escolarizados en sus países de origen, no han llegado a terminar la educación obligatoria. En ocasiones pueden tener algún tipo de experiencia laboral. Su emigración hacia Europa está motivada por la necesidad de escapar de las circunstancias adversas de su país de origen ya sean socioeconómicas, político-estructurales o psicosociales y acuden con grandes expectativas sociales de mejora. La mayoría cruza la frontera de manera irregular bajo camiones, autocares o mediante la utilización de pateras; y las principales vías de entrada son las costas andaluzas y canarias⁷.

Con relación a su salud, los datos disponibles indican la presencia de patologías físicas y mentales en estos jóvenes. Más de la mitad de estos menores presentan Trastorno de Estrés Postraumático (alrededor del 52.77%). El Trastorno Depresivo Mayor aparecería en el 32.8% de esta población y en un porcentaje similar el Trastorno de Ansiedad Generalizado (aproximadamente un 31.6%). Es habitual que, junto con los trastornos anteriores, existan otros emocionales y de comportamiento⁸, siendo uno de los factores que más influyen en ello el hecho de no estar acompañados. Se ha apuntado que el 92.2% de estos menores refieren tener malestar psicológico y el 52.4% dolencias físicas⁹.

Si bien los menores residen en centros de acogida pertenecientes a las comunidades autónomas, la salida de algunos de ellos a la calle por voluntad propia les expone al riesgo de sufrir explotación infantil⁷.

1.3. Atención a los Menores Extranjeros No Acompañados: derecho a la protección.

Existe diversa legislación a nivel internacional que recoge el derecho a la protección de los Menores Extranjeros No Acompañados. Entre ella cabe destacar la *Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño* (CDN), que señala que la minoría de edad es una condición que exige el respeto y la protección de los derechos y libertades de cualquier niño o niña independientemente de la raza, color, sexo, idioma, religión, opinión de cualquier índole, origen nacional, étnico o social, posición económica, impedimentos físicos o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales¹⁰. Por su parte, la *Carta Europea de los Derechos del Niño* establece que todos los países miembros están obligados a la defensa y salvaguarda de los derechos e intereses de éstos, y a garantizar su desarrollo integral y una vida digna¹¹; por último, la *Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea* prohíbe cualquier tipo de discriminación hacia cualquier menor¹².

La inquietud de protección de estos Menores Extranjeros No Acompañados en el contexto de la Unión Europea queda plasmada en el *Plan de Acción de la Unión Europea sobre los Menores No Acompañados*, cuyo principal objetivo es «ofrecer respuestas concretas a los desafíos que supone la llegada de un elevado número de Menores No Acompañados al territorio de la Unión Europea, respetando al mismo tiempo los derechos del menor y el principio del interés superior del menor¹³».

En el ámbito nacional, la Constitución Española, en sus artículos 9 y 10, otorga a los poderes públicos la obligación de promover las condiciones para que la libertad y la igualdad de cualquier ciudadano residente en España sean efectivas, eliminando así las dificultades que lo impidan. Además menciona que se debe garantizar la dignidad de la persona junto con sus derechos inviolables¹⁴. En la Ley 26/2015, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, se adaptan los principios de actuación administrativa a las nuevas necesidades que presenta la infancia y adolescencia en España, como es la situación de los Menores Extranjeros No Acompañados, asumiendo los compromisos internacionales, y reconociendo así su derecho a la asistencia sanitaria y su protección ante cualquier forma de violencia, maltrato o trata¹⁵.

1.4. El derecho a la atención a la salud de los Menores Extranjeros No Acompañados. El acceso a la atención sanitaria.

En el contexto español la atención sanitaria de los Menores Extranjeros No Acompañados es competencia de las distintas comunidades y ciudades autónomas¹⁶. Tal y como se ha apuntado anteriormente, una de las principales vías de entrada al territorio español de estos menores es Andalucía. En esta comunidad autónoma se ha desarrollado una Guía orientada a la atención inicial de la salud de estos jóvenes y cuyos objetivos principales son:

1. Realizar una valoración inicial del estado de salud de la persona menor de edad migrante, por parte de los profesionales de Atención Primaria y,
2. Promover la incorporación e integración de dichos menores a las actividades de promoción y prevención de la salud incluidas en el programa de salud infantil y del adolescente y en otras estrategias del Sistema Sanitario Público de Andalucía¹⁷.

1.5. El acceso a la atención a la salud.

Con relación al derecho a la atención a la salud, a nivel estatal, el Artículo 3 de la Ley General de Sanidad y el Real Decreto – Ley 7/2018, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, contempla la atención sanitaria y protección de la salud de toda la población menor extranjera. Ambos marcos jurídicos garantizan, además, la equidad y universalidad respecto a la accesibilidad a la atención a la salud en colectivos de especial vulnerabilidad como es el caso de los Menores Extranjeros No Acompañados^{18,19}.

Actualmente, en España, cada comunidad autónoma asume la gestión de sus propios servicios sanitarios públicos²⁰. Ello supone que cada una de ellas se rige por distintas leyes autonómicas. En este sentido la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, incorpora los principios de universalidad, solidaridad, equidad e igualdad efectiva en el acceso a la atención sanitaria para todas las personas, sin excepción alguna, que se encuentren en esta comunidad²⁰.

De este modo y conforme a la legislación vigente recogida en los párrafos anteriores, los Menores Extranjeros No Acompañados tienen derecho a recibir atención sanitaria en los mismos términos que los nacionales. Un aspecto clave para hacer efectivo el derecho a la atención a la salud de los menores es garantizar su acceso a los servicios sanitarios que precisen en cada momento. Se entiende por “acceso a la atención a la salud” *«la capacidad de utilizar y obtener servicios de salud adecuados en situaciones de necesidad percibida de atención; siendo estos servicios integrales, de calidad, oportunos y adecuados»*²¹. En concreto, el “acceso universal”, tal y como se recoge en la legislación española, se define como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género²² [ver Tabla 1], a través de la cual se permite que todas las personas (sin discriminación alguna) utilicen estos servicios, y en particular, los grupos en situación de vulnerabilidad.

Accesibilidad: Barreras condicionantes de atención a la salud	
Barreras económicas	Impacto que genera el gasto para un individuo y/o familia por tener que cubrir el costo de la atención sanitaria recibida.
Barreras geográficas y territoriales	Condicionantes espaciales y orográficos como son las distancias entre los centros sanitarios, la existencia de transporte sanitario con horarios adecuados, el tiempo transcurrido desde que se solicita asistencia sanitaria hasta que se obtiene...
Barreras socioculturales	Apreciación de los fenómenos que determinan la búsqueda de asistencia de salud, tales como: percepción de la salud y la enfermedad.
Barreras organizacionales	Obstáculos que se originan en los modos de organización de los recursos de asistencia a la salud.
Barreras de género	Limitaciones a las que se enfrenta un determinado género respecto a la atención sanitaria.

Tabla 1. Accesibilidad: Barreras condicionantes de atención a la salud. Fuente: Lalonde M. *A new Perspective on the Health of Canadians: A working document*. Ottawa: Government of Canada, 1974. Elaboración propia.

Diferentes autores, como Donabedian²³, señalan que el acceso a la atención sanitaria depende sobre todo de las dimensiones organizacional y geográfica. Por otro lado, Andersen y Aday²⁴ sostienen que dicho acceso se encuentra determinado por las políticas de salud, las características del sistema sanitario, las características de la población que se encuentre en situación de riesgo, la satisfacción del consumidor y por los recursos del sistema de salud. Andersen y Davidson²⁵ identifican como barreras que dificultan la accesibilidad a la salud las características contextuales, individuales y las conductas de salud.

Chauhan B. y Ward L. señalan que los Menores Extranjeros No Acompañados presentan necesidades importantes de atención a la salud física y mental que dependen, entre otros factores, del acceso que tienen a la atención sanitaria en sus países de origen y los sucesos traumáticos que han experimentado durante su proceso migratorio. A pesar de ello no suelen hacer uso de los servicios sanitarios en los países de acogida. Esta subutilización de los recursos sanitarios puede explicarse por la presencia de una serie de barreras que condicionan su acceso²⁶. Se han identificado, por un lado, barreras internas, entendiendo por éstas aquellas condiciones relativas al individuo que impiden su propio acceso al sistema sanitario; y, por otro lado, barreras externas, relativas a las condiciones ajenas al propio individuo que dificultan su correcto acceso al sistema de salud. Entre las primeras cabe señalar el idioma, que influye en la comprensión del diagnóstico y de la prescripción sanitaria, el desconocimiento del propio sistema sanitario o el miedo a ser repatriado. En cuanto a las barreras externas, destacan tanto la falta de utilización de estrategias por parte del profesional sanitario que puedan facilitar la comunicación con el paciente (utilización de pictogramas, teletraducción...), como la escasez de conocimientos que muestra el profesional administrativo acerca de trámites en materia de migración que puedan afectar a estos jóvenes²⁷.

1.6. La noción de salud. Percepción de la salud.

La salud es un concepto difícil de definir, no existiendo actualmente una definición única y universalmente aceptada. En este sentido, se ha considerado la salud como la ausencia de enfermedad o invalideces. Un ejemplo de esta concepción es la definición que recoge la Real Academia Española (DRAE), que define la salud como «*el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones*» y «*el conjunto de las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado*»²⁸. Una conceptualización diferente es la que subyace en la definición de Stampar que adoptó la

Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946. Así la salud sería «*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*²⁹». Desde esta perspectiva la salud es considerada un concepto multidimensional y de carácter positivo, enfatizándose tanto las capacidades físicas como los recursos personales y sociales del individuo. Además esta conceptualización incorpora, no sólo el área física, sino también la mental y social, dando lugar a una noción holística de la salud. Esta definición ha recibido, sin embargo, numerosas críticas por su carácter estático (al considerar la salud como un estado), subjetivo (ya que la idea de “bienestar” dificulta su medición objetiva y su representación en indicadores económico-sociales adecuados), y utópico (al resultar complejo conseguir ese completo estado de bienestar físico-psíquico-social)³⁰.

Con el propósito de superar algunas de las limitaciones de las nociones previas de salud, Milton Terris propone una conceptualización de la salud con un claro carácter “dinámico”, apuntando a que existen una serie de grados de salud y enfermedad que van desde el completo bienestar físico, mental y social hasta la muerte. Y donde, además la persona actúa como partícipe activo en su propio proceso de salud³¹. Por otro lado, describe dos aspectos que poseen la salud y la enfermedad, uno objetivo y otro subjetivo. El primero es la capacidad de funcionamiento, es decir, el grado en el que la enfermedad limita dicha capacidad, y el segundo hace referencia a la valoración personal, es decir, sentirse mal o bien en diferentes grados. Como resultado de este planteamiento, Milton propone definir este complejo concepto como «*un estado bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades*³¹».

Desde las ciencias sociales se sostiene que la salud es, primariamente, una construcción sociocultural, presentando en su conceptualización variaciones en virtud del contexto histórico, social y cultural en el que se desarrolla. La noción de salud va a depender de los valores culturales, normas sociales y reglas de interpretación compartidas por una sociedad determinada. Contiene, por tanto, significados simbólicos y está, entonces, sujeta a determinados valores. La noción de salud varía en función de cada individuo (de su sexo, edad, clase social, creencias...), existiendo por tanto una dimensión subjetiva de salud³². Es posible, por tanto, considerar que la salud tiene diferentes dimensiones: una dimensión biológica y objetiva y, también una dimensión subjetiva, valorativa e interpretativa que está relacionada con el contexto socioeconómico, cultural y político.

Según Pilar Isla, *“todas las personas tienen ideas y concepciones sobre qué es salud, ya sean explícitas o implícitas, racionales e irracionales, y estas ideas configuran una determinada forma de pensar y de actuar en cualquier esfera social: personal, familiar y política”*³³. Así es posible considerar la existencia de una dimensión subjetiva de la salud, que se refiere no sólo a la manera en cómo se define ésta por parte de cada individuo, sino también a cómo se valora el propio estado de salud. Es lo que se denomina “percepción de salud”.

1.7. La percepción de la salud y el acceso a la atención sanitaria de los Menores Extranjeros No Acompañados.

En el contexto internacional se han llevado a cabo pocas investigaciones que aborden la percepción de los profesionales sanitarios sobre la salud de los Menores Extranjeros No Acompañados. Carrasco-Sanz, Leiva-Gea, Martín-Álvarez et al. pretendieron conocer, a través de un cuestionario, la percepción de los pediatras de diferentes países de la Unión Europea sobre la salud de Menores Extranjeros No Acompañados. Se abordaron cuestiones tales sobre las ideas que manejaban estos profesionales, referidas a la demografía de esa población, su estado y necesidades de salud, acceso a la atención a la salud y, por último, acerca de su formación y capacitación respecto a la atención a la salud de los Menores Extranjeros No Acompañados. La mayoría de los pediatras que participaron en el estudio trabajaban en el ámbito de Atención Primaria y el 23% de ellos eran españoles. Los resultados obtenidos mostraron que más de la mitad de estos profesionales reconocían que los niños migrantes en Europa formaban una población especialmente vulnerable que presentaban peor estado de salud que los niños no migrantes. Según su experiencia profesional, más de la mitad de estos niños presentaban enfermedades crónicas y la mayoría precisaba de inmunización y educación para la salud. Destacaron como barreras más relevantes para el acceso a la atención a la salud de estos menores el idioma, la cultura y la condición burocrática de irregularidad. Por último, el 80% de los encuestados no había recibido formación sobre los problemas y necesidades de salud de estos menores y aproximadamente el 65% no conocía ninguna guía o protocolo actualizados al respecto³⁴.

Por otra parte, Baauw, Rosiek, Slattery et al., exploraron la percepción que, sobre las diferentes barreras de atención a la salud de niños refugiados y Menores No Acompañados, tenían pediatras de los Países Bajos. Entre las barreras más destacadas se encontraban los frecuentes traslados y cambios del lugar de residencia de estos menores,

no presentar una historia clínica previa de su país de origen, el escaso registro de los informes médicos en la historia actual del menor, las diferencias culturales y la baja alfabetización en salud. La primera barrera mencionada dificultaba la continuidad de los cuidados, mientras que la falta de una historia clínica previa junto con la escasez del registro de información clínica referente al menor en su historia clínica actual afectaba a la comunicación interdisciplinar. Mencionaban que la presentación de síntomas dependía y se veía influenciada por la cultura del menor³⁵. Por último, entendiendo que la “alfabetización en salud” se vincula con *«las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud»*³⁶, ésta condicionaba el entendimiento de las recetas e indicaciones médicas, lo que podía conducir a errores en la administración de la medicación (reacciones alérgicas graves, dosis elevadas...) ³⁵.

Por otro lado se han realizado distintos estudios que abordan la percepción de la salud de los propios menores. En este sentido Hellier, Pittman y Lupo, en su investigación con Menores Extranjeros No Acompañados de entre 8 y 14 años que emigraron desde América Latina a los Estados Unidos, apuntan que los menores percibían de manera positiva su salud. Definían su salud como la capacidad de participar en actividades que tenían que ver con su propio autocuidado, sin asociar ésta con el no padecimiento de enfermedad o incapacidad. Identificaron a sus madres como figuras principales de su cuidado cuando vivían en su país de origen explicando que cuando enfermaban, sus madres les preparaban tés e infusiones de plantas para “sanarles”, buscando posteriormente atención médica cuando era necesario. Hicieron referencia a que la atención médica en sus países de origen era diferente a la de los Estados Unidos. Respecto a la atención sanitaria que recibían actualmente, explicaron que acudían al médico cuando estaban enfermos y que las enfermeras les solían hacer “chequeos” de manera periódica. Por otra parte, expresaron sus miedos respecto al prejuicio hacia ellos por parte de la ciudadanía estadounidense y a ser amenazados con la deportación. Además anhelaban tener acceso a alimentos de sus países de origen³⁷.

Jakobsen, Meyer, Wentzel-Larsen y Hei, por su parte, examinaron la percepción de la salud mental de Menores Extranjeros No Acompañados de origen afgano, somalí, argelino e iraní residentes en centros de acogida en Noruega. La mayoría de los participantes, de entre 15 y 18 años, expresaron haber sufrido eventos traumáticos durante

el proceso de migración (un 80% de estos adolescentes refirió haber sufrido abusos físicos) y en su mayoría informaron tener altos niveles de angustia que se veía condicionada, en parte, por el miedo a ser repatriados. Además, los niveles de estrés en estos menores eran mantenidos y aumentaban dependiendo del lugar donde vivían. Así por ejemplo, vivir de manera permanente en una residencia con tutores donde, además se ofrecía mayor apoyo (psicológico, ayuda en la preparación de comida, lavar la ropa...) y educación escolar, disminuían notablemente sus niveles de estrés y angustia³⁸.

La condición de los Menores Extranjeros No Acompañados de menores, migrantes y no acompañados hace que se trate de un grupo de población especialmente vulnerable y desprotegida. La atención a grupos de población especialmente vulnerables es una prioridad para la profesión enfermera, debiendo prestar cuidados acordes con las necesidades de atención física, mental y/o social que estén presentes en cada caso. Al tiempo es fundamental que el cuidado prestado tome en consideración las habilidades individuales y colectivas de aquellos que están siendo atendidos, con el propósito de contribuir a su empoderamiento.

El creciente aumento de la cifra de Menores Extranjeros No Acompañados en España, así como la presencia de un porcentaje importante de ellos de problemas de salud, hacen de la investigación en salud en este grupo de población un campo de estudio prioritario. A ello cabe añadir la ausencia de estudios situados en el contexto español centrados en explorar el acceso a la atención a la salud y la percepción de salud que manejan estos jóvenes. Disponer de un conocimiento contextualizado y que tome en cuenta las particularidades de un grupo de población determinado resulta fundamental para la prestación de un cuidado enfermero culturalmente orientado, centrado en la especificidad e interesado en comprender su realidad social. Al tiempo, investigar el acceso a la atención a la salud de los jóvenes posibilita la generación de un conocimiento imprescindible para diseñar intervenciones orientadas a superar de manera eficiente las barreras que encuentran para ello y, en definitiva, para que se haga efectivo su derecho a la protección y atención a la salud.

2. Objetivos de la investigación.

2.1. Objetivo general.

Conocer la percepción de la salud y el acceso a la atención sanitaria de los Menores Extranjeros No Acompañados que residen en el Municipio de Madrid.

2.2. Objetivos específicos.

- Explorar cómo perciben su salud los Menores Extranjeros No Acompañados.
- Explorar los problemas de salud que identifican los Menores Extranjeros No Acompañados que residen en el municipio de Madrid.
- Explorar las barreras y facilitadores que identifican para el acceso a la atención sanitaria los Menores Extranjeros No Acompañados que residen en el Municipio de Madrid.

3. Material y métodos.

3.1. Diseño del estudio.

Se propone llevar a cabo un estudio cualitativo de orientación fenomenológica. Husserl, filósofo y matemático considerado el padre de la fenomenología, define esta corriente filosófica como una ciencia rigurosa de hechos y esencias que busca estudiar la vivencia de los sujetos. En fenomenología, se distinguen dos escuelas de pensamiento diferentes: fenomenología descriptiva o eidética y fenomenología interpretativa o hermenéutica. En este proyecto, se planteará el enfoque hermenéutico propuesto por Heidegger, cuyo objetivo principal se basa en la interpretación de la esencia comprendiendo y descubriendo las vivencias de los sujetos. En este sentido, busca comprender de manera profunda las características de las experiencias vividas que son creadas por la percepción del sujeto. Este método fenomenológico tiene carácter retrospectivo dado que la experiencia vivida es rememorativa (ya se ha vivido, y por ello, pasada) y, por tanto, es fundamental resaltar el rol de la investigadora, pues es ella quien deberá acceder a las vivencias³⁹, en este caso, de los Menores Extranjeros No Acompañados.

3.2. Ámbito de estudio.

El ámbito de estudio será el Municipio de Madrid. Este municipio dispone de 7 centros de protección de menores responsables de asumir temporalmente el cuidado y la educación de adolescentes y preadolescentes que carecen de figuras adultas de referencia

en España que puedan satisfacer sus necesidades biológicas, afectivas y sociales. Los centros forman parte de una red de instituciones planificada, supervisada y coordinada por la dirección General de la Infancia, Familias y Natalidad, orientados a la atención integral y la promoción de la autonomía de Menores Extranjeros No Acompañados. Dichos centros están a cargo de la Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, y son: *Manzanares, Vistaalegre, Asociación Dual, Cáritas Diocesana de Madrid, Diagrama, Red Madrileña de Inmigración y Centro El Pinar – Grupo Norte*; en total acogen a unos 600 menores.

3.3. Población y captación de la muestra.

La población de estudio son los Menores Extranjeros No Acompañados que residen en los centros de acogida públicos del municipio de Madrid, pertenecientes al gobierno de la Comunidad de Madrid.

Los criterios de inclusión serán:

- Ser considerado Menor Extranjero No Acompañado según lo dictado por el artículo 189 del Reglamento de Extranjería².
- Disponer de un nivel fluido de castellano, árabe o inglés.

En cuanto a los criterios de exclusión, éstos serán:

- Residir en calle o con algún familiar o conocido.
- Presentar alguna condición de salud, sobre todo mental que, bajo criterio médico, desaconseje la participación en la investigación.

Se realizará un muestreo por conveniencia donde se seleccionarán inicialmente los participantes accesibles al investigador. Se considera adecuada esta técnica de muestreo dadas las previsibles dificultades de acceso a la población⁴⁰. Posteriormente y a medida que se vaya avanzando en la investigación, se contempla la realización de un muestreo teórico, seleccionando a aquellos participantes que, bajo criterio de la investigadora, pudieran contribuir a la comprensión en profundidad del fenómeno a estudio. Se han establecido, a priori, una serie de perfiles de los menores que serán tenidas en cuenta para la selección de participantes, aunque éstas puedan verse modificadas a lo largo de la investigación [ver Figura 3].

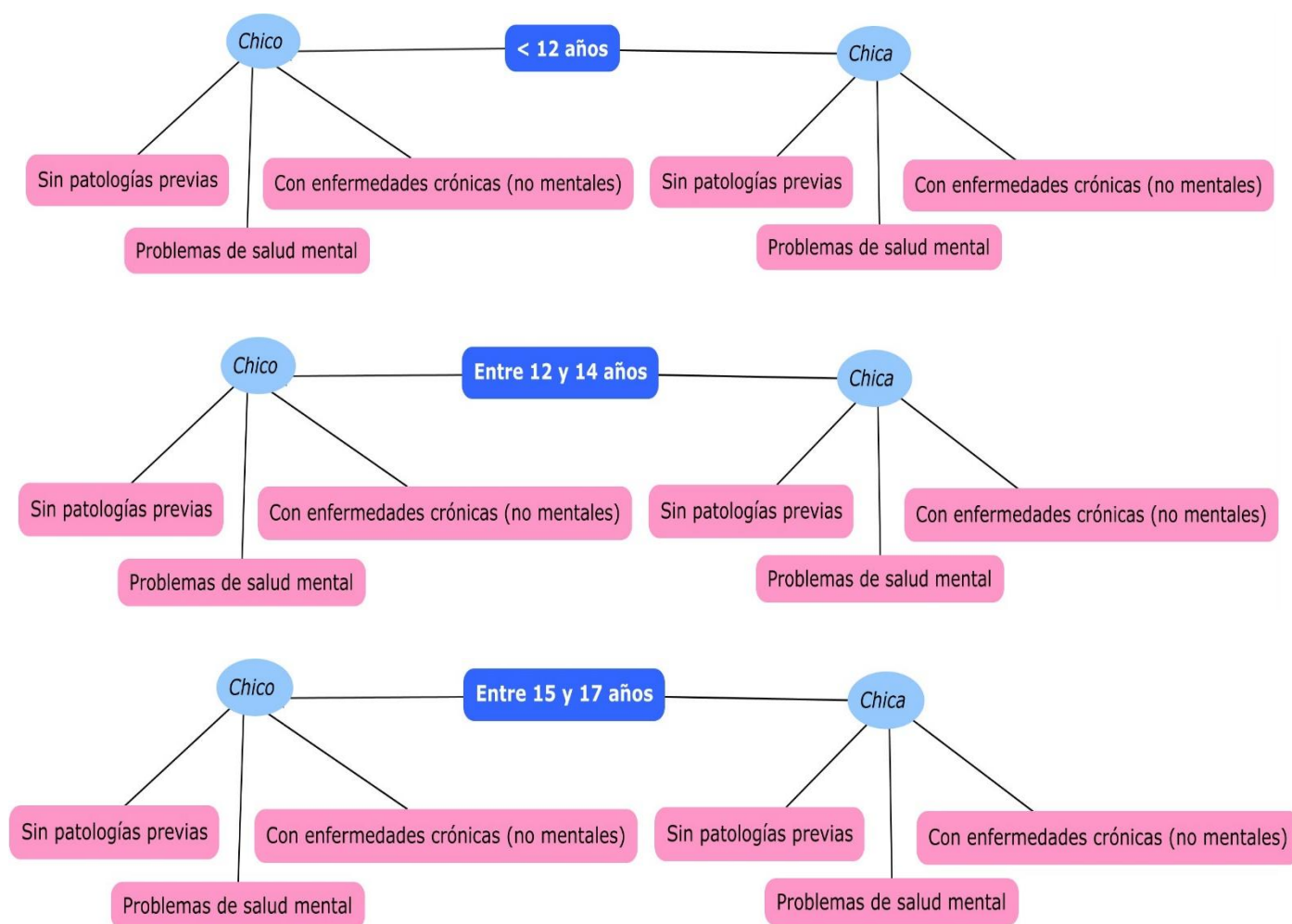


Figura 3. Casillero Tipográfico: Perfil de los menores participantes. Elaboración propia.

En principio se ha estimado un número mínimo de 18 participantes, tomando como referencia el casillero tipográfico anterior. Se ha considerado que será la saturación teórica de la información la que marque el momento en que se dejará de incorporar nuevos participantes al estudio⁴⁰.

3.4. Desarrollo del estudio: Herramientas de recogida de información.

La recogida de datos se realizará mediante entrevistas semiestructuradas; encuentros cara a cara entre el entrevistador y el informante, que permitirán explorar las experiencias de los Menores Extranjeros No Acompañados⁴⁰.

Inicialmente la investigadora elaborará un guion de preguntas que orientarán las entrevistas, si bien éste estará sujeto a modificaciones conforme se vaya avanzando en el proceso de análisis de los datos. Las preguntas de este guion inicial [ver Tabla 2], se

estructurarán según los objetivos del estudio. De esta manera, se comenzará con preguntas orientadas a abrir el diálogo y facilitar el inicio del relato, y a medida que se vaya desarrollando la entrevista, las preguntas irán siguiendo una secuencia lógica, progresando de lo más amplio a lo más específico, de lo más superficial a lo más profundo, de lo más impersonal a lo más personalizado y de lo más informativo a lo más interpretativo, evitando obtener como respuestas afirmaciones o negaciones simples⁴⁰. Si bien el guion orientará la entrevista, se dará cabida en todo momento a la incorporación de otras cuestiones que puedan surgir durante la misma y que inicialmente no habían sido consideradas por la investigadora.

El investigador cualitativo es el propio instrumento de estudio, es decir, explora, detalla y rastrea por medio de preguntas la información relevante para los intereses de la investigación⁴¹. Por ello, es importante que el entrevistador logre un clima de confianza e interés que facilite el desarrollo de esta técnica, para poder descubrir con mayor detalle aspectos relevantes y trascendentes de las experiencias vividas. Por otra parte, debe evitar algunos aspectos que puedan afectar negativamente en la relación entrevistador/a – entrevistado/a tales como terminar las frases o ideas que esté desarrollando el entrevistado, interrumpirle, dar por supuesto, preguntar o cuestionar su punto de vista. Limitar, restringir o sancionar al entrevistado creará una atmósfera de inseguridad que disminuirá la posibilidad de obtener respuestas concretas u honestas. Así debe tener especial cuidado con su actitud mostrando, desde una posición humilde, gran capacidad de comprensión e interés, respeto incondicional y evitar crear prejuicios a lo que el entrevistado esté relatando⁴⁰.

Previo a realizar la entrevista, la investigadora principal deberá explicar con detalle al entrevistado los objetivos del estudio y transmitir la relevancia de la participación. El lugar y la hora donde se realizará la entrevista se acordará con el entrevistado, teniendo siempre en cuenta sus preferencias a fin de fomentar un entorno íntimo y agradable que favorezca una comunicación productiva⁴⁰. La entrevista tendrá una duración de 60 minutos aproximadamente y en todo momento se adoptará un lenguaje coloquial entendible y adaptado al entrevistado para facilitar la elaboración de su respuesta⁴⁰.

Guion de la entrevista	
• Datos sociodemográficos y de salud (edad, sexo, país de origen, ocupación (estudiante/trabajador, enfermedades (previas y actuales)) del menor.	
<i>Pregunta inicial</i>	¿Hace cuándo llegaste a España?
Temas por abordar	Preguntas
1. <i>Percepción de la salud de estos menores</i>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué significa para ti tener buena salud? • ¿Cómo consideras que es tu salud? • ¿Cómo te sientes físicamente? ¿Y emocionalmente?
2. <i>Problemas de salud que identifican estos menores</i>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué enfermedad/es que padeces? • ¿Qué sueles hacer para tratar esa/s enfermedad/es?
3. <i>Accesibilidad a la atención a la salud (barreras y facilitadores)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando enfermas, ¿a dónde/quién acudes? • ¿Has acudido alguna vez a un centro sanitario en España? • ¿Cómo llegaste al centro sanitario? • ¿Quién te llevó al centro sanitario? • Háblame de cómo fue tu experiencia en el centro sanitario. • ¿Qué sentiste cuando te atendieron? • ¿Qué dificultades encontraste para recibir esta atención? • ¿Quién te ayudó a la hora de recibir la atención sanitaria? • ¿Qué dudas tienes sobre recibir atención sanitaria en España?

Tabla 2. Guion de la entrevista. Elaboración propia.

Las entrevistas serán grabadas en audio y posteriormente transcritas. Además, también se hará uso de un diario donde se vaya tomando nota, de manera detallada de todo lo que trasciende a la grabación (lenguaje no verbal, sensaciones del proceso de captación, observación del entorno...) y que se considere necesario tener en cuenta durante el proceso de análisis⁴⁰.

3.5. Plan de análisis de datos y redacción de resultados.

La recogida y el análisis de datos se realizará de manera concomitante, es decir, al tiempo que se vayan elaborando las entrevistas la investigadora las irá analizando. La

interpretación de los datos obtenidos se realizará a través del análisis fenomenológico interpretativo (AFI). Según Howitt y Kramer, el AFI busca generar una descripción minuciosa y en profundidad de las experiencias particulares tal cual como son vividas y entendidas por una persona⁴¹. Este proceso de análisis de datos distingue una serie de etapas:

- *Comentarios iniciales.* La investigadora procederá a la lectura atenta y reiterada de las transcripciones, con el fin de familiarizarse con la información. Paralelo a este trabajo de lectura y relectura, irá creando anotaciones en cada una de las líneas del texto, al margen derecho del mismo, que tomarán la forma de un resumen o incluso de asociaciones que vienen a la mente de la investigadora. También se realizarán subrayados de frases que le resulten llamativas o que presenten un contenido emocional importante⁴¹.
- *Identificar temas emergentes.* Las anotaciones y los subrayados permitirán al investigador elaborar temas emergentes como síntesis de esas primeras notas, anotándolos esta vez al margen izquierdo del texto. Estos temas harán referencia al resumen que sintetiza lo expresado en los comentarios iniciales. Para el desarrollo de estos temas se emplearán estrategias de agrupamiento⁴¹.
- *Agrupamiento de los temas en unidades de significado general.* En esta fase, los temas emergentes se trasladarán al software ATLAS.ti 8.4. Aquí se buscará la relación entre cada uno de los temas, agrupándolos en base a los objetivos del estudio, dando lugar a las llamadas unidades de significado general⁴¹.
- *Elaborar tabla de temas.* La investigadora tendrá que construir una tabla de unidades de significado general que irá acompañada por una presentación ordenada de todos los temas que surgieron en la tercera fase del análisis. Una vez organizado cada una de estas unidades, se les asignará un marcador que permitirá hallar la fuente textual de donde surge y de esta manera el análisis. Este marcador, constará de una palabra clave correspondiente a la transcripción y el número de la línea correspondiente a la entrevista transcrita. Los marcadores permitirán al investigador retornar a la transcripción y analizar el extracto en contexto. Este proceso de análisis se realizará en cada entrevista que se analice, generando al final una tabla por cada entrevista realizada, que se irá modificando en el transcurso de las entrevistas que se vayan realizando⁴¹.

Como última tarea, se construirá una tabla maestra, que representará la experiencia de todos los participantes, debiendo la investigadora priorizar qué unidades de significado general serán tenidas en cuenta, logrando así articular la estructura temática de la experiencia del conjunto de entrevistas.

Una vez finalizado el proceso de análisis de datos, se redactarán los resultados finales. La investigadora construirá una narración, basada en la tabla maestra. Tomará cada una de las unidades de significado general con sus temas emergentes y realizará una introducción de cada uno, seguido de su sustentación e ilustración a partir de extractos obtenidos de las entrevistas, indicando al final: participante, número de entrevista y línea donde se halla el fragmento. Finalmente, realizará algunos comentarios analíticos sobre los temas expuestos. Esta sección irá seguida de una discusión, mediante la cual la investigadora considerará los temas encontrados tras el análisis, en relación con la literatura existente⁴¹.

3.6. Consideraciones éticas.

En la elaboración del estudio se respetarán los tres principios éticos descritos en el Informe Belmont: respeto a las personas, beneficencia y justicia⁴². El respeto a las personas supone tratar a todos los individuos como agentes autónomos y proteger a aquellos cuya autonomía se vea disminuida, de tal manera que, en investigaciones donde se emplean sujetos humanos, éstos tengan el derecho de elegir entrar en la investigación voluntariamente y con la información adecuada. En caso de que los participantes sean niños menores de edad serán considerados según sus propias condiciones y capacidades⁴² [ver Tabla 3]. La investigadora les dará la oportunidad de elegir participar en la investigación, respetando su oposición en caso de que no deseen participar, reflejando el interés de participar en un documento de consentimiento informado donde, según la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica, se reflejará también el anonimato del entrevistado y la confidencialidad de información obtenida a lo largo de la investigación⁴³. Además de entregar la hoja de información, donde se dará cuenta de: los objetivos y la metodología de la investigación, la participación voluntaria de los sujetos en el estudio y el tratamiento confidencial de los datos obtenidos en la investigación y los relativos a los participantes, la investigadora explicará a cada menor de manera verbal el proceso de investigación. Al mismo tiempo, se solicitará el permiso a la Entidad encargada de la tutela y protección de estos menores, es decir, a la Comisión de Tutela del Menor cuya la Directora General de Infancia, Familias y Natalidad es Ana Sastre Campo⁴. Llevar a cabo la investigación será posible cuando ésta de su consentimiento por

escrito a que los menores que deseen formar parte del proceso de investigación puedan ser entrevistados. Además, sabiendo de antemano que muchos menores que conforman este colectivo presentan problemas de salud mental, su participación en la investigación siempre estará sujeta al visto bueno del profesional médico responsable de su atención, quien decidirá lo aconsejable o no (desde el punto de vista sanitario) de incorporarse al estudio. En este sentido, un aspecto fundamental es garantizar el bienestar emocional de los menores y se considera que los profesionales que atienden a éstos son quienes están en mejor condición de valorar su situación, además de tener el deber de actuar para su mejor interés.

Toma de decisiones del menor	
<i>En todos los casos, se ofrecerá información adaptada según la edad.</i>	
De 12 a 16 años	Proceso de toma de decisiones compartida entre los tutores legales y el menor. <ul style="list-style-type: none"> - Consentimiento informado de los tutores legales. - Consentimiento informado del menor.
Mayor de 16 años	Si está capacitado (según criterio médico), decide el menor. <ul style="list-style-type: none"> - Consentimiento informado del menor.
<i>No se incluirá en una investigación a un menor que, bajo criterio médico, no se considere capaz de participar en una ésta.</i>	

Tabla 3. Toma de decisiones del menor. Fuente: Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Boletín Oficial del Estado, número 180, (29 de julio de 2015). Elaboración propia.

Se respetará el principio de beneficencia, tratando a todos los menores participantes de manera ética, no solamente respetando sus decisiones o protegiéndolas de daño, sino también asegurando su bienestar⁴². Se tendrá en cuenta el balance beneficio/riesgo, maximizando los beneficios y disminuyendo los posibles daños (específicamente emocionales). La investigadora se asegurará de que los niños no se verán afectados negativamente y por ello, prestará especial atención a las emociones del menor durante la entrevista priorizando su bienestar emocional frente a la obtención de datos.

Y, por último, la aplicación del principio de justicia requiere la distribución justa y equitativa de los beneficios y riesgos de la participación en el estudio. Este principio prohíbe la exposición de los participantes a riesgos de la investigación exclusivamente para el beneficio de un grupo de personas. Además, establece protección especial para las

personas más vulnerables⁴². Durante la investigación, la investigadora ofrecerá un trato justo y no excluirá ni discriminará a ningún menor. Actuará siguiendo los criterios de inclusión e inclusión que se muestran explícitos en el apartado 3.3. *Población y captación de la muestra*.

Asimismo, el tratamiento de datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales⁴⁴. Se crearán estrategias de codificación que eviten el uso de datos personales en el tratamiento de la información: las entrevistas serán codificada mediante números (en función del orden de realización de cada entrevista) y letras (B para chico y G para chica); y no serán nunca publicadas. De esta manera, será imposible asociar al entrevistado con los datos del estudio. Una vez que ya no se necesiten los datos relativos a los participantes, estos serán destruidos, y se informará de ello tanto a sus tutores legales como a los propios menores.

3.7. Equipo de investigación y trabajo de campo.

El equipo investigador está formado únicamente por una persona, la autora del presente proyecto. Para poder llevarlo a cabo, se pondrán en marcha las siguientes fases.

- Fase 1. Previo a llevar a cabo la investigación, es necesario contactar con la Comisión de Tutela del Menor. Para ello, se enviará un correo electrónico a la Directora General de Infancia, Familias y Natalidad, explicando los objetivos y la metodología del estudio, solicitando su autorización para su realización. Al mismo tiempo, la investigadora irá preparando el material necesario para el desarrollo de la investigación.
- Fase 2-3. Una vez autorizada la investigación, se contactará con los responsables de los distintos centros de acogida del municipio de Madrid y se concertará con ellos una reunión presencial para explicarles cómo se desarrollará la investigación. En esta reunión se establecerá la forma más adecuada para acceder a los menores y solicitarles su participación en el estudio. Se pretende que los menores que hayan mostrado interés por participar tengan un primer encuentro con la investigadora destinado a explicarles la investigación y entregarles el documento de consentimiento informado, dejándoles tiempo para pensar si desean o no participar. Una vez den su consentimiento y se considere que no hay ningún

impedimento de carácter médico para su participación, se concertará con ellos el lugar y hora de celebración de las entrevistas.

Durante esta etapa, y de forma concomitante a la recogida de datos, se llevará a cabo el análisis de éstos.

- Fase 4. Finalmente, se elaborará un informe preliminar y se procederá a la devolución de resultados a los participantes. Posteriormente se procederá a redactar el informe final del estudio y se procederá a difundir los resultados obtenidos. En concreto se enviará un manuscrito a la revista *Metas de Enfermería* para que sea considerada su publicación en la misma.

3.8. Presupuesto económico.

Para poder elaborar esta investigación se ha considerado el siguiente presupuesto económico [ver *Tabla 4*]. Será necesario realizar desplazamientos a los lugares donde se vayan a realizar las entrevistas; la compra de material fungible, una grabadora digital, tarjetas de memoria de gran capacidad, una impresora portátil con sus correspondientes cartuchos de tinta y un disco duro de gran capacidad de almacenaje; al tiempo se hace preciso pagar la cuota por la transcripción de las entrevistas, la compra de la licencia del software ATLAS.ti 8.4. y la tasa de procesamiento del artículo científico.

Presupuesto económico				
Concepto	Unidad	Cantidad	Coste por unidad	Gasto
Material fungible (papel, lápices, bolígrafos...)	Varios	-	-	50 €
Desplazamiento	-	-	-	1.000 €
Impresora portátil	Impresora	1	70 €	70 €
Tinta de impresión	Cartucho	3	20 €	60 €
Grabadora de audio digital	Grabadora	1	40 €	40 €
Tarjetas de memoria para la grabadora de audio	Tarjetas de memoria	2 (de 128 GB cada una)	30 €	60 €
Disco duro portátil (1TB) para almacenar los datos producidos en la investigación	Disco duro	1	60 €	60 €
Transcripción de audios de entrevistas	Minuto	1.100	1 €	1.100 €
Software ATLAS.ti 8.4	Licencia	1	713.90 €	713.9 €
Tasa de procesamiento del artículo científico	Artículo	1	500 €	500 €
Presupuesto total				3.653,9 €

Tabla 4. Presupuesto económico. Elaboración propia.

El presupuesto necesario para poder llevar a cabo el presente trabajo sería de un total de 3.653,9 € aproximadamente, teniendo en cuenta que se trata de un precio orientativo porque pueden surgir más gastos imprevistos durante la investigación.

3.9. Temporalización de las actividades.

La temporalización de actividades se organizará a través de un cronograma en el cual se recogerá el tiempo de dedicación previsto para las diferentes actividades [ver Tabla 5].

- Del 1 de septiembre al 30 de noviembre de 2020: Fase 1 y compra del material necesario (bolígrafos, folios, impresora, tinta, grabadora de audio, licencia del software para el análisis...)

- Del 1 de diciembre de 2020 al 30 de noviembre de 2021: Fase 2-3.
- Del 1 de diciembre de 2021 al 1 de abril de 2022: Fase 4.

Cronograma de actividades							
Periodo	2020		2021				2022
	Sept Oct Nov	Dic Ene Feb	Mar Abr May	Jun Jul Ago	Sept Oct Nov	Dic Ene Feb	Mar Abr may
Actividad	Duración						
Fase 1							
Fase 2-3							
Fase 4							

Tabla 5. Cronograma de actividades. Elaboración propia.

Las características del enfoque cualitativo tampoco permiten prever los tiempos exactos empleados en el desarrollo de la investigación. De esta manera, las fechas propuestas son orientativas, puesto que la duración de cada fase dependerá del tiempo necesario que se necesite invertir en ella para poder completarla, y por tanto influirá en el inicio de las siguientes. De manera paralela, algunas de las fases podrán verse solapadas.

4. Reflexiones finales.

4.1. Limitaciones del estudio.

La principal limitación para poder llevar a cabo el estudio radica en la dificultad de acceso a estos jóvenes, ya que llevar a cabo el estudio depende de su aceptación por parte de la entidad encargada de su tutela, y también de la voluntad de estos menores en participar.

Por otro lado, aunque las entrevistas podrán realizarse con menores que manejen de manera fluida tres idiomas (árabe, inglés y español), la procedencia heterogénea de los participantes hace que no sea posible acceder a aquellos que hablen idiomas diferentes (caso del francés). Si bien esto supone una limitación de la investigación se estima, en cualquier caso, que la competencia lingüística de la investigadora posibilitará la participación de numerosos menores que pueden expresarse en cualquiera de los idiomas manejados por ella.

4.2. Propuestas de nuevas líneas de investigación.

Se considera que el proyecto de investigación presentado puede ser el inicio de una línea de investigación que aborde entre otros:

- Las estrategias para la atención a los problemas de salud que ponen en marcha los Menores Extranjeros No Acompañados que residen en centros de acogida y en calle.
- La percepción de los profesionales enfermeros acerca de las necesidades de atención a la salud de estos menores.

4.3. Implicaciones para la práctica.

Los resultados obtenidos en la puesta en marcha del presente trabajo podrán servir para diseñar acciones destinadas a superar las barreras que identifican los Menores Extranjeros No Acompañados para el acceso a la atención sanitaria. Además, los hallazgos serán fundamentales de cara a identificar las necesidades de cuidados enfermeros de esta población vulnerable. Por otro lado, se pretende que esta investigación posibilite el desarrollo y fortalecimiento de líneas de investigación enfermeras orientadas al estudio de poblaciones vulnerables.

4.4. Criterios de calidad de la investigación.

Para evaluar la calidad de una investigación cualitativa existen diferentes propuestas de varios autores. De este modo para garantizar que los resultados de esta investigación sean fiables se seguirá la propuesta de Lilcoln y Guba basada en los criterios de credibilidad, transferibilidad, dependencia o consistencia y confirmabilidad⁴⁵.

Primeramente, el criterio de credibilidad busca el valor verdad de la investigación a través del consenso entre las percepciones de las personas investigadas. Para ello, la investigadora realizará “comprobaciones de los participantes”, esto es la devolución de los resultados obtenidos a los sujetos participantes en el estudio con el fin de verificar que éstos encuentren significativos los hallazgos y se sientan reflejados en ellos. Al mismo tiempo, se consultarán los resultados con un panel de expertos⁴⁵ en investigación cualitativa en materia de migración, infancia y salud.

El segundo criterio de transferibilidad hace posible la transferencia de la información y los resultados obtenidos a diferentes contextos⁴⁵. Por ello, se captará el significado

profundo de las experiencias vividas a través de descripciones densas y minuciosas relativas a la población de estudio y a las circunstancias que la rodean.

El criterio de dependencia hace referencia a la estabilidad de datos, es decir, busca la capacidad de repetir el estudio realizado en otros ámbitos y por otros investigadores⁴⁵. Para que ésto sea posible, se dejará constancia en el informe final de la investigación todos los pasos del proceso de investigación que se llevarán a cabo de manera detallada: construcción de los objetivos del estudio, recogida de los datos, la selección de los informantes, el análisis y la interpretación de los resultados, etc.

La objetividad se corresponde con el cuarto criterio de confirmabilidad, donde es esencial que los datos y la información obtenidos sean independientes de la investigadora y puedan ser confirmados por otras vías y personas. Se basa en la neutralidad de los datos producidos y en la comprobación de que los resultados obtenidos no tengan sesgo⁴⁵. Para conseguir esta confirmabilidad y por tanto, mostrar que la interpretación ofrecida no es fruto de las preconcepciones de la investigadora, las transcripciones y los registros de datos se realizarán de la manera más precisa posible. Además resulta importante destacar la *reflexividad de la investigadora*⁴⁵ respecto a la elaboración de esta investigación. Por ello se dará cuenta, en el informe final del estudio, de la subjetividad de la investigadora: su perfil, su interés por la investigación, su posicionamiento inicial en cuanto al fenómeno a estudio, su experiencia en la investigación así como las emociones y sentimientos que le hayan podido generar, las decisiones e interpretaciones que la hayan guiado durante el proceso de investigación, etc.; reconociendo su papel y su huella en el resultado final de la investigación para asegurar la transparencia y calidad de ésta.

Agradecimientos

Después de un periodo intenso de trabajo, hoy puedo escribir este apartado de agradecimientos para finalizar mi Trabajo Fin de Grado. Este proyecto, ha sido todo un reto para mí; he aprendido, he estudiado y he crecido muchísimo tanto a nivel científico como a nivel personal. Este último trabajo de carrera ha tenido un valor especial para mí puesto que la decisión de escoger este tema de estudio se ha visto influenciado por quién y cómo soy, gracias en parte, a todo mi bagaje cultural. Por ello, me gustaría agradecer a todas esas personas que me han ayudado y que han visto mi evolución durante el proceso.

Primero de todo, me gustaría agradecer especialmente a Cristina Oter Quintana, quien me ha tutelado en la elaboración de este trabajo, por su valiosa cooperación, por su apoyo y por las oportunidades que me ha ofrecido durante estos meses que han sido claves para mí.

Por otro lado, agradecer eternamente a mis pilares fundamentales: mi madre y mis hermanas. Por los consejos, la comprensión, el amor y el cariño que me brindan cuando más lo necesito, y por ayudarme a crecer y a ser la persona que soy hoy en día. En las buenas y en las malas, siempre están ahí. Les debo mucho.

Agradecer también a mis amigos por el ánimo, apoyo y tiempo que me han dedicado para poder sacarlo adelante. Y en especial a algunas de mis compañeras de carrera y futuras enfermeras, que no solamente han estado ahí para apoyarnos mutuamente en estos difíciles meses, sino también por haber crecido juntas durante estos maravillosos 4 años.

Finalmente cierro este documento con mi último párrafo agradeciendo a la Enfermería, la cual me ha ido enseñado durante 4 años de formación, a tratar al individuo no solo desde una perspectiva biológica sino también psicosocial teniendo siempre presente la cultura de la persona, sus características sociodemográficas, económicas y políticas, sus valores y creencias, y sobre todo, y lo más importante: *a cuidar de los más vulnerables*.

Muchas gracias, de corazón.

Hajar El Bazi Salah.

Bibliografía

1. Consejo de la Unión Europea. Resolución del Consejo de 26 de junio de 1997 relativa a los menores no acompañados nacionales de países terceros. Diario oficial, número C221, 19 de jun de 1997. 23-27p.
2. Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por Ley Orgánica 2/2009. Boletín Oficial del Estado, número 103, (30 de junio de 2011).
3. Real Decreto de 24 de julio por el que se publica el Código Civil de 1889. Gaceta de Madrid, número 206, (16 de agosto de 1889).
4. Comisión de Tutela del Menor [Internet]. Portal de Transparencia Comisión de Tutela del Menor: Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad, Ago 2019. [Consultado 25 ene 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3b3saTY>
5. Ministerio del Interior [Internet]. Menores Extranjeros; 2013. [Consultado 25 ene 2020]. Disponible en: <http://bit.ly/3atD9X9>
6. Quiroga V, Alonso A, Sòria M. Sueños de bolsillo: menores migrantes no acompañados en España. Madrid: UNICEF España, 2010. [Consultado 2 feb 2020]. Disponible en: <http://bit.ly/2RcagqE>
7. Nicolae AG. Predicción afectiva en el proceso migratorio de Menores y Jóvenes Extranjeros No Acompañados en acogida y emancipación [Tesis Doctoral]. Guipúzcoa: Universidad del País Vasco, 2019.
8. Kien C, Sommer I, Faustmann A, Gibson L, Schneider M, Krczal E, et al. Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries: a systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2019; 28(10):1295-1310p.
9. Bravo A, Santos-González I. Menores extranjeros no acompañados en España: necesidades y modelos de intervención. Psychosocial Intervention, 2017; 26(1):55-62p.
10. Convención sobre los Derechos del Niño. Asamblea General de las Naciones Unidas. 30 nov 1990. 57p. [Consultado 14 feb 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2K15wzG>

11. Carta Europea sobre los derechos del Niño. Boletín de las Comunidades Europeas: Parlamento Europeo. 21 sept 1992. (241). 9p. [Consultado 16 feb 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3c8ySZ8>
12. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Boletín de las Comunidades Europeas: Parlamento Europeo. 30 mar 2010; (83) 389-403p.
13. Protección de los menores inmigrantes. Comisión Europea: Parlamento y Consejo Europeo. Bruselas. 2017. [Consultado 20 feb 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2JWtFYv>
14. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, número 311, (29 de diciembre de 1978).
15. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Boletín Oficial del Estado, número 180, (29 de julio de 2015).
16. Real Decreto-ley 631/2019, de 30 de octubre, por el que se aprueban las normas especiales reguladoras de las subvenciones que se otorgarán en régimen de concesión directa a las comunidades autónomas y Ciudades de Ceuta y Melilla para la atención a los menores extranjeros no acompañados acogidos en el año 2019. Boletín Oficial del Estado, número 264, (31 de octubre de 2019).
17. Rivera Cuello M, et al. Guía para examen de salud inicial de menores extranjeros no acompañados [Internet]. Sevilla: Conserjería de Salud y Familias, jun 2019; 49p. [Consultado 10 feb 2020]. Disponible en: <http://bit.ly/2RdUs72>
18. Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado, número 102, (29 de abril de 1986).
19. Real Decreto – Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, número 183, (30 de julio de 2019).
20. Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Boletín Oficial del Estado, número 306, (26 de diciembre de 2001).
21. Levesque J, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*, 2013; 12:18.
22. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada, 1974. 77p. [Consultado 21 feb 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2V1mVic>

23. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q*, 2005; 83(4):691-729p.
24. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*, 1974; 9(3):208-220p.
25. Andersen RM, Davidson PL. Improving access to care in America: Individual and contextual indicators. *Changing the American Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management*, 2007; (3):3-31p.
26. Chauhan B. Quality Improvement Project: Understanding and improving health outcomes for unaccompanied asylum seeking children (UASC) in Harrow. *Adoption & Fostering*, Jul 2019, 43(2):225–30.
27. Gil Bonilla MP. Salud en Jóvenes Migrantes Extutelados en Jerez de la Frontera: Principales Barreras de Acceso al Sistema Sanitario [Trabajo Fin de Máster]. Sevilla: Universidad de Sevilla, 2018.
28. Diccionario de la lengua española. Salud [Internet]. 23ª ed. Real Academia Española. Madrid: RAE; 2014 [Consultado 28 feb 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/salud>
29. Organización Mundial de la Salud. Constitución y Estatutos de la Constitución [Internet]. Ginebra, 1984. [Consultado 28 feb 2020]. Disponible en: <http://bit.ly/2NM6KRL>
30. Alcántara Moreno G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*, 2008; 9(1):93-107.
31. Terris M. A social policy for health. 1968. *Am J Public Health*, 2011; 101(2):250-252p.
32. Blasco Hernández T, Rodríguez Reinado C. La salud integral. Madrid: La Catarata; 2017. 112p.
33. Isla Pera P, López Matheu C, Insa Soria R. ¿Qué es salud?. *Revista Rol de enfermería*, 2008; 31(12):18–26p.
34. Carrasco-Sanz A, Leiva-Gea I, Martín-Alvarez L, Del Torso S, van Esso D, Hadjipanayis A, et al. Migrant children's health problems, care needs, and inequalities: European primary care paediatricians' perspective. *Child Care Health Dev*, 2018; 44(2):183-187p.
35. Baauw A, Rosiek S, Slattery B, Chinapaw M, van Hensbroek MB, van Goudoever JB, et al. Pediatrician-experienced barriers in the medical care for refugee children in the Netherlands. *Eur J Pediatr*, 2018; 177(7):995-1002p.

36. Organización Mundial de la Salud. The mandate for health literacy [Internet]. Shanghai: Conference on Health Promotion, 2016. [Consultado 9 mar 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3a7MBy9>
37. Wilson AH, Pittman K, Wold JL. Listening to the quiet voices of Hispanic migrant children about health. *J Pediatr Nurs*, 2000; 15(3):137-147p.
38. Jakobsen M, Meyer DeMott MA, Wentzel-Larsen T, Heir T. The impact of the asylum process on mental health: a longitudinal study of unaccompanied refugee minors in Norway. *BMJ Open*, 2017; 7(6):e015157.
39. Mendieta Izquierdo G, Ramírez-Rodríguez JC, Fuerte JA. La fenomenología desde la perspectiva hermenéutica de Heidegger: una propuesta metodológica para la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2015; 33(3): 435-443
40. Maxwell JA. Diseño de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa; 2019. 309p.
41. Howitt, D., Cramer, D. Introduction to Research Methods in Psychology. 1st. ed. Harlow: Pearson Education Limited, 2017. 536p.
42. Informe Belmont: Principios éticos y Directrices para la Protección de sujetos humanos de investigación. Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento, 1978. Washington: Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos.
43. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. Boletín Oficial del Estado, número 159, (4 de julio de 2007).
44. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, número 294, (6 de diciembre de 2018).
45. Lilcoln YS., Guba EG. Naturalistic Inquiry. 1 st ed. California: Sage; 1985. 416p.